



AUFNAHMEANTRAG FÜR DIE INDIVIDUELLE MITGLIEDSCHAFT

ICOM Österreich | Judenplatz 8/8 | 1010 Wien | c/o Jüdisches Museum der Stadt Wien GmbH

T: +43 (0) 1 535 0431 600 | M: icom@icom-oesterreich.at

Aufnahmebedingungen gemäß Vorstandsbeschluss des Österreichischen Nationalkomitees von ICOM (2009)

Individuelle Mitglieder können voll- oder teilzeitbeschäftigte Museumsmitarbeiter/-innen – auch im befristeten Arbeitsverhältnis oder im Ruhestand – sowie Selbständige sein, die in einer der museologischen Berufssparten tätig sind und deren Berufsausübung nicht im Widerspruch zu den ethischen Normen von ICOM steht.

***Feld unbedingt ausfüllen, damit der Antrag bearbeitet werden kann!
Bitte füllen Sie ebenso das englischsprachige Formular aus!
BITTE HABEN SIE VERSTÄNDNIS FÜR DIE BEARBEITUNGSZEIT VON 6-8 WOCHEN**

*Name, *Vorname, Titel

*Geburtsdatum

*Dienst- und Postanschrift

Email

Tel.

Fax

*Dienststellung

Privatanschrift

Email

Tel.

Fax

Wenn Sie nicht in einem Museum arbeiten, bitte zusätzliche Erläuterungen und Nachweise zum Museumsbezug Ihrer Tätigkeit anfügen!

*Ausgeübte Tätigkeit

Bitte unbedingt vollständig ausfüllen, sonst erfolgt keine Bearbeitung des Antrags!

*Angaben zum Beschäftigungsverhältnis:

1. Vollzeit Teilzeit wenn Teilzeit, wie viele Stunden pro Woche

2. unbefristet befristet wenn befristet, bis wann?

3. ehrenamtlich wenn ehrenamtlich, wie viele Stunden pro Woche mit Museumsbezug?

4. selbständig wenn selbständig, wie viele Stunden pro Woche mit Museumsbezug?

Bitte beachten Sie: Die Mitgliedschaft gilt jährlich vom 1. Januar bis zum 31. Dezember, vorausgesetzt der Jahresbeitrag wurde bezahlt. Anträge auf Mitgliedschaft, die nach dem 30. September eines Jahres gestellt werden (es gilt das Datum der Unterschrift), werden ab dem 1. Januar des folgenden Jahres gültig, sofern es nicht anders vereinbart ist.

Ich stimme ICOMs „Ethischen Richtlinien für Museen“ zu und verpflichte mich diesen.

Ich versichere, dass ich mit Gegenständen des Kultur- und Naturerbes keinen Handel treibe.

Ich werde die Geschäftsstelle von ICOM Österreich informieren, wenn sich mein beruflicher Status ändert und mit den oben genannten Aufnahmebedingungen nicht mehr vereinbar ist.

Datum

*Unterschrift



INTERNATIONAL COUNCIL OF MUSEUMS
CONSEIL INTERNATIONAL DES MUSEES

INDIVIDUAL MEMBERSHIP APPLICATION FORM

Countries with a National Committee

returned to ICOM Austria

Tel. + 33 (0) 1 47 34 05 00
Fax + 33 (0) 1 43 06 78 62
Email: secretariat@icom.museum
<http://icom.museum>

c/o Jüdisches Museum der Stadt Wien GmbH,
Judenplatz 8/8, 1010 Wien,
T: +43 1 535 0431 600 , M: icom@icom-oesterreich.at

Last Name:

Mr/Mrs/Ms/Prof/Dr (tick one)

First Name:

Sex: F/M (tick one)

Date of birth:

Position:

Your Institution's Name:		
Professional address:		
City:	Postal code:	Country:
Tel.: (Please indicate country & area code)	Fax:	
Email:		
Institution's Web Site:		

Mailing address if different from above:		
City:	Postal code:	Country:
Tel.: (Please indicate country & area code)	Fax:	

Category of membership:

<input type="checkbox"/> Regular (voting)	<input type="checkbox"/> Retired Professional (voting)*
<input type="checkbox"/> Associate (voting)	<input type="checkbox"/> Student (non-voting)*
<input type="checkbox"/> Contributor (voting)	<input type="checkbox"/> Supporting (non-voting)

*** SUBMIT SUPPORTING DOCUMENT**

PLEASE NOTE: Membership is annual and runs from January 1 until December 31 of the year in which the subscription is paid. New memberships received after September 30 will become effective as from January 1 of the following year unless otherwise indicated. →

Language for correspondence: (tick one) English French

Language for publications: (tick one) English French Spanish

Please indicate your specialisation (tick maximum 4):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Archaeology | <input type="checkbox"/> Historic Houses |
| <input type="checkbox"/> Architecture | <input type="checkbox"/> Library/Archives |
| <input type="checkbox"/> Arms/Military History | <input type="checkbox"/> Management/Administration |
| <input type="checkbox"/> Audio-visual | <input type="checkbox"/> Marketing & Public Relations |
| <input type="checkbox"/> Cataloguing/Inventory | <input type="checkbox"/> Modern art |
| <input type="checkbox"/> Climate Control | <input type="checkbox"/> Musical instruments |
| <input type="checkbox"/> Collections Management | <input type="checkbox"/> Planning |
| <input type="checkbox"/> Computers | <input type="checkbox"/> Publications |
| <input type="checkbox"/> Conservation | <input type="checkbox"/> Research |
| <input type="checkbox"/> Design/Installation | <input type="checkbox"/> Restoration |
| <input type="checkbox"/> Education | <input type="checkbox"/> Security |
| <input type="checkbox"/> Egyptology | <input type="checkbox"/> Science/technology |
| <input type="checkbox"/> Ethnography | <input type="checkbox"/> Training of Personal |
| <input type="checkbox"/> Exhibition Management | <input type="checkbox"/> Visitor services |
| <input type="checkbox"/> Fine Art | <input type="checkbox"/> OTHER (please specify): |
| <input type="checkbox"/> Glass | |

Note: The above information will be automatically processed to ensure your receipt of services from ICOM and will also be transmitted to third parties (i.e. International Committees). In conformity with the French law on Informatics & Civil Liberties (Jan. 6, 1978, rev.) you have the right of access and to modify the information that concerns you.

I authorise ICOM (tick the appropriate box) to publish my data on its Web site (access restricted to ICOM officers and Committees)

personal

professional

I authorise ICOM (tick the appropriate box) to diffuse my data to non-ICOM third parties.

personal

professional

Please complete, date and sign the following declaration:

I, _____, declare that I am eligible for membership of the International Council of Museums (ICOM) and wish to become a member of ICOM. I do not engage in dealing (i.e. buying and selling for profit) in the field of cultural property and accept the ICOM Code of Ethics for Museums.

DATE _____

SIGNATURE _____